

## 新竹市 \_\_\_\_\_ 醫院/診所疫苗損毀事件通報表

發生時間： 年 月 日 時 分	接種單位： _____		
接種地點： _____	接種人員：姓名 _____ 職稱 _____		
發生人員：姓名 _____ 職稱 _____	衛生所填報人員：所屬衛生所 _____		
衛生所填報人員：姓名 _____ 職稱 _____	衛生局審查通報人員：姓名 _____ 職稱 _____		
獲知時間： 年 月 日 時 分	通報日期： 年 月 日 時 分		
<b>損毀疫苗種類</b>			
一	二	三	四
疫苗名稱：	疫苗名稱：	疫苗名稱：	疫苗名稱：
批號：	批號：	批號：	批號：
損毀數量：	損毀數量：	損毀數量：	損毀數量：
<b>發生經過及原因描述</b>			
<b>檢討改善措施</b>			

接種單位 填表人： \_\_\_\_\_ 接種單位 主管： \_\_\_\_\_

衛生所 填表人： \_\_\_\_\_ 衛生所 主任： \_\_\_\_\_

衛生局 審查人員： \_\_\_\_\_ 衛生局 單位主管： \_\_\_\_\_